

## DIAGNOSTICUL MODIFICĂRILOR MORFOLOGICE ALE PARENCHIMULUI RENAL ÎN HIDRONEFROZĂ LA COPII PRIN PUNCȚIE-BIOPSIE

V. Petrovici, B. Curajos, I. Fuior, A. Al-Share

Laboratorul Morfopatologie, IMSP Institutul de Cercetări Științifice în Domeniul Ocrotirii Sănătății Mamei și Copilului, Chișinău

### Summary

The authors present the results of the morphologic study of kidney parenchyma's pathologic modifications in 16 children with hydronephrosis through puncture-biopsy (Bard Magnum Biopsy System). In conclusion the puncture-biopsy method can be used to determine the disease clinical phase, as well as to reveal some pathogenetic mechanisms that allows by the aim of organ preservation the surgical tactics optimization and postoperative treatment adjustment.

**Introducere.** Diagnosticul modificărilor morfologice în parenchimul renal, în cadrul hidronefrozei la copii, se bazează pe evaluarea leziunilor structurale care în mare măsură depind de diversitatea factorilor etiologici.

**Material și metode.** Studiul morfologic întreprins a avut ca scop elucidarea modificărilor morfologice ale parenchimului renal prin puncție-biopsie efectuate cu Bard Magnum Biopsy System. Au fost studiate biopiate ale parenchimului renal la 16 copii cu hidronefroză. Biopiatele au fost fixate în sol. Formol neutru 4 și 10%, incluse ulterior în parafină. Au fost utilizate colorațiile hematoxilina-eozină, van Ghieson, Congo red.

**Rezultate și concluzii.** Examenul efectuat la microscopia optică a evidențiat modificări variate în toate componentele nefronului și ale structurilor interstițial-vasculare de intensitate și de origine

diversă: *dilatativ-compresivă* – ectazie generalizată, leziuni ischemico-sclerotice și atrofico-deformative; *obstructivă* – de tip „hidronefroză intrarenală”, transformare tubulară pseudochistică, *displazice* – imaturitate și mostrozitate glomerulare, polimorfism structural, oligoglomerulonefronie, multiglomerularitate; *inflamatorii* – tubulo-interstițiale, peri- și intraglomerulare exudativ-alterative, polimorfocelulare și infiltrativ sclerotice; stenoze vasculare, hipertrofice și sclerozante, depozite calcinoase postischemice etc. Caracterul, gradul lezional și complexitatea morfologică a modificărilor în parenchimul renal pun în evidență două variante histopatologice: *variantea complicată* și pe cea *necomplicată*. Referitor la evoluția modificărilor morfopatologice în parenchimul renal, acesta suportă 2 faze succesive: *faza de ectazie și faza de atrofie*. De menționat că prezența elementului inflamator este determinantă în morfogeneza dereglărilor funcționale renale în cadrul variantei complicate.

Așadar, diagnosticul prin puncție-biopsie în hidronefroză poate fi utilizat în aprecierea variantelor patologice și a fazelor clinico-evolutive, a studiului unor verigi etiopatogenetice ale maladiei, ceea ce ar permite soluționarea problemei în vederea păstrării organului, precum și determinarea conduitei în perioada postoperatorie.

## DIVERTICULII VEZICII URINARE

B. Curajos, V. Roller, V. Dzero, J. Bernic, A. Curajos, I. Zaharia

Centrul Național Științifico-Practic de Chirurgie Pediatrică “Natalia Gheorghiu” Chișinău

### Summary

The classification of diverticul of a urinary bladder till their etiology and localization is offered, on which further tactics of diagnostics and treatment depends. Surgical treatment requires diverticuls of the large sizes, at development of complications (urinary infection, infringement of miction, stones) and bladder-renal reflux. In a case of pseudodiverticul the basic pathology is treated.

**Introducere.** În prezent lipsește clasificarea diverticulilor vezicii urinare în funcție de etiologie, localizare de care depind metodele de diagnostic și de tratament.

**Material și metode.** În clinica de urologie s-au examinat 258 pacienți cu patologia vezicii urinare. La 120 dintre ei au fost depistați diverticuli ai vezicii urinare, inclusiv băieți - 94, fete - 40. Diverticuli au fost de diverse dimensiuni – de la 1 până la 15 cm în diametru, uneori de un volum mai mare ca vezica urinară, 80% fiind localizați dl partea stângă. Infecția urinară s-a depistat la 68 pacienți, hematurie - la 13, la 12 pacienți – dureri suprapubiene. Numai la 6 copii - reziduu vezical și micțiuni în doi timpi. La 14 copii diverticuli s-au depistat ocazional. La examinarea pacienților a fost utilizat un

complex de investigații: sonografia, cistografia în 2 incidente, urografie, cistoscopie. În caz de pseudodiverticuli s-a aplicat și cistometria, urofloumetria, calibrarea uretrei.

**Discuții și concluzii.** Diverticuli congenitali în majoritatea lor sunt localizați în apropierea sau în regiunea meatului ureteral și dl peretele latero-posterior, mai rar în regiunea vezico-uracală. Pseudodiverticulul poate fi prezent practic dl tot traiecul vezicii urinare și este cauzat de diverse patologii: obstrucție infravezicală, vezică neurogenă.

Analiza materialului clinic ne demonstrează că, în caz de obstrucție infravezicală, pseudodiverticuli apar în temei la băieți și foarte rar la fete. La o obstrucție neînsemnată pseudodiverticuli sunt localizați dl peretele latero-posterior, în cazuri avansate - neuniform dl tot traiecul vezicii urinare. Din 162 băieți cu obstrucție infravezicală pronunțată, pseudodiverticuli s-au atestat

Forma	Cauză	Localizare
<b>primar</b>	a) congenital b) obliterație incompletă de uracă	<ul style="list-style-type: none"> <li>• paraureteral uni- și bilateral</li> <li>• meatul ureteral uni- și bilateral</li> <li>• alte localizări</li> </ul> vezico-uracală
<b>secundar (pseudodiverticuli)</b>	a) vezică urinară neurogenă b) obstrucție infravezicală - ușoară - pronunțată c) iatrogenii	uniform pe tot traiecul vezicii neuniform pe peretele posterior al v. urinare neuniform pe tot traiecul vezicii urinare peretele latero-posterior

numai la 38 bolnavi. Deoarece până în prezent lipsește o clasificare care ar avea un rol important în diagnosticul și alegerea metodelor de tratament aplicate, noi am încercat a classifica diverticulii în funcție de etiologie, localizare (după B.Curajos).

Diverticuli congenitali localizați di peretele latero-posterior, cu sau fără reflux vezico-renal, se înlătură prin metoda combinată – intra și extravezicală, cei iatrogeni – numai în caz de recidivă de reflux vezico-renal. Diverticuli secundari necesită înlăturarea obstrucției și tratamentul dereglărilor neurogene.

## ЛЕЧЕНИЕ КИСТОЗНЫХ АНОМАЛИЙ РАЗВИТИЯ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ

Дзедо В.Г., Куражос Б.М., Челак В.И., Гецеул Е.В., Захария И.Г., Роллер В.Г.

*Национальный Научно-Практический Центр Детской Хирургии «Наталья Георгиу» Кишинев*

### Summary

*In given article is generalized the experience of supervision and treatment of 62 children with cystic anomalies of kidneys.*

**Введение.** Кисты почек у детей частая аномалия структуры паренхимы органа. Известно, что кистозные образования почек являются следствием нарушения эмбриогенеза. Общепринятой классификации кист почек нет до настоящего времени. Мы в своей работе пользуемся классификацией М.Д. Джавад-Заде.

**Материал и методы.** Нами наблюдалось с 2000 по 2006 год 62 ребенка в возрасте от 1 месяца до 16 лет с данной патологией. Из них у 17 больных обнаружена мультикистозная почка, у 21 – поликистоз, солитарные кисты были выявлены у 24 детей. В комплекс обследования наблюдаемых детей входило проведение ультразвуковой диагностики, динамической нефросцинтиграфии, экскреторной урографии.

**Результаты и обсуждение.** Наблюдая за больными с солитарными кистами почек, мы отметили, что обратного развития кист нет. Они все со временем увеличивались в размерах. Солитарные кисты малых размеров (1,5-2 см) не подвергались удалению. В случае медленного роста кисты и

стабильной функции почки считаем целесообразным динамическое наблюдение (УЗИ каждые 6 мес., динамическая скintiграфия с I№i№-гипураном). Если же отмечалось деформация почечных полостей когда киста граничила с капсулой, снижение функции почки и быстрый рост кисты, проводилось оперативное лечение (люмботомия, иссечение стенок кисты с дренированием) – 7 больных. При выявлении мультикистозной почки все дети оперированы – проведена нефруретерэктомия (17 больных). 2 больным произведена чрезкожная пункция кисты под контролем УЗИ. При поликистозе почек все дети находятся под постоянным наблюдением: УЗИ контролем и наблюдением за функциональным состоянием почек, получают консервативное лечение.

При выраженном росте кист и присоединении инфекции (нагноении кист) прибегаем к люмботомии, вскрытию кист с последующим дренированием.

**Заключение.** Таким образом, считаем, что при наличии кистозной аномалии развития почек у детей, все они должны быть тщательно обследованы и при показаниях – оперированы. Кроме того, динамическое наблюдение за этими больными считаем необходимым.

## СОНОГРАФИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ОБСТРУКЦИИ ПИЕЛО-УРЕТЕРАЛЬНОГО СЕГМЕНТА У ДЕТЕЙ

Ahmad Al-Share, A. Куражос, В.Морошану, М.Бакалым

*Национальный Научно-Практический Центр Детской Хирургии «Наталья Георгиу», Кишинев*

### Summary

*81 children suffering from pyeloectasis have passed the diuretic echographic examination that gave the possibility to differentiate the organic obstruction from the functional one, to observe the pathological evolution and to appreciate the indications for the surgical treatment of the disease. To observe the evolution and to study the results of the treatment the calca-parenchymal analysis was appreciated in dynamics. The urinary bladder must be empty at the effectuation of echographical examination.*

**Введение.** Пороки развития мочевыделительной системы относятся к наиболее часто диагностируемым патологиям при сонографии (УЗИ). По данным литературы пиелоктазия составляет 21,7, а гидронефроз – 2,8 случая на 1000 новорожденных. Обструкция пиело-уретерального сегмента (ПУС) может быть функционального и органического характера.

**Цель** нашей работы состоит в выработке методики проведения УЗИ, диуретической сонографии, экскреторной урографии и ретроградной цистографии, которые позволяют определить степень дилатации и зону обструкции ПУС. Диуретическая сонография является малоинвазивным и информативным методом исследования, позволяющим определить характер обструкции ПУС.

**Материал и методы.** С 2003 по 2005 гг. было обследовано

81 ребенок с диагнозом гидронефроз. 58 из них – с органической обструкцией ПУС, 23 – с функциональной. Отношение чашечки-паренхима (Ч/П) является критерием, который характеризует состояние паренхимы и чашечек и указывает на необходимость хирургического вмешательства, либо наблюдения за ребенком в динамике. Низкий показатель Ч/П говорит о хорошем прогнозе послеоперационного периода и свидетельствует о том, что чашечки были расширены и паренхима сжата из-за повышенного давления в собирательной системе почки. Ч/П может служить маркером при наблюдении за пациентом в динамике.

### Выводы

1. С помощью УЗИ можно выявить расширение собирательной системы почек как в интра-, так и в постнатальном периоде.

2. Для дифференциальной диагностики функциональной и органической обструкции ПУС показана диуретическая нагрузка, которая должна проводиться на пустом мочевом пузыре.

3. Определение отношения размеров чашечек к толщине паренхимы (Ч/П) может способствовать выбору тактики лечения, а также оценке результатов лечения детей с обструкцией ПУС.